

**RAMO DE AUTOMOVIL - INFORME DE ACCIDENTE**  
 SEGUROS SURAMERICANA, S.A.

suramericana



PERSONAS

ASEGURADO	NOMBRE	CEDULA	TELEFONO RES CELULAR
	DIRECCION		OFIC

POLIZA N° \_\_\_\_\_ VIGENCIA \_\_\_\_\_

VEHICULO ASEGURADO	AÑO	MARCA	MODELO	MOTOR N°	CARROCERIA	PLACA N°	COLOR

RIESGOS CUBIERTOS									DEDUCIBLE
LIMITES	L/C	P/A	GM	COMP	COL	INC	ROBO	OTRO	

ACREEDOR HIPOTECARIO \_\_\_\_\_ CORREDOR \_\_\_\_\_

<b>DATOS DEL ACCIDENTE</b>	FECHA DEL ACCIDENTE	HORA	AM PM	LUGAR	<input type="checkbox"/> VIA PUBLICA <input type="checkbox"/> ESTACIONAMIENTO	CARACT. DEL SITIO
	NOMBRE DEL CONDUCTOR			DIRECCION	EDAD	TELEFONOS RES. CEL. OFIC
	RELACION CON EL ASEGURADO			USO DEL AUTO		LICENCIA NUMERO
	DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE					
	SE CONSIDERA USTED?					
	INOCENTE <input type="checkbox"/>		CULPABLE <input type="checkbox"/>			
	SE HIZO REPORTE POLICIVO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				LUGAR Y FECHA DE LA CITA	
	DESCRIPCION DE LOS DAÑOS AL AUTOMOVIL ASEGURADO					
<b>DATOS DE LA PARTE CONTRARIA</b>	NOMBRE DEL DUEÑO			DIRECCION		TELEFONO
	NOMBRE DEL DUEÑO			DIRECCION		TELEFONO
	LUGAR DE TRABAJO Y TELEFONO					
<b>DE LA PARTE CONTRARIA</b>	DAÑOS			PRESUPUESTO DE DAÑOS		
<b>DE LA PARTE CONTRARIA</b>	AÑO Y MARCA DEL AUTOMOVIL			PLACA N°		
	TIENE SEGURO?			NOMBRE DE LA COMPAÑIA Y NUMERO DE POLIZA		
	SUMINISTRE CUALQUIER OTRA INFORMACION QUE CONTRIBUYA AL RECIBRO					

